

## La Asignación por Embarazo para Protección Social y el Programa Sumar

### ¿Reguladores de prácticas?<sup>1</sup>

**Mora Straschnoy<sup>2</sup>**

#### **Introducción**

La presente ponencia se propone reflexionar sobre los primeros hallazgos del trabajo de campo de mi tesis de doctorado en Ciencias Sociales, que se pregunta por la forma en que el Estado a través de la Asignación por Embarazo para Protección Social (AE) y el Programa Sumar (PS), regula las prácticas de atención a la salud de las embarazadas en los servicios de atención sanitaria.

El trabajo de campo que se compartirá se produjo con el objetivo de conocer la configuración que adoptan las políticas mencionadas al ser puestas en acto por las receptoras y las burocracias sanitarias. El valor de este nivel de análisis reside en comprender que el conocimiento sobre la política social se densifica, cuando el estudio de su diseño y del contexto social en el que tiene lugar, se complementa con la investigación sobre su implementación en el territorio, y a través del análisis de las miradas y prácticas de los actores en ella involucrados

Concretamente a través de entrevistas a médicas obstetras, Lic. en obstetricia y directivas de instituciones sanitarias públicas se busca echar luz sobre dos cuestiones. Por un lado, cómo se reconfiguran en la práctica algunos aspectos de las políticas diseñadas, y cuáles son sus consecuencias en relación a los objetivos que se plantean y

---

<sup>1</sup> La ponencia presenta las primeras reflexiones que surgen del proceso de elaboración de la tesis de doctorado en Ciencias Sociales (UBA) “Las condicionalidades de la Asignación por Embarazo para Protección Social y el Programa Sumar como forma de regulación de las prácticas de atención a la salud en los servicios sanitarios. Un análisis a nivel micro y macrosocial”.

<sup>2</sup> Licenciada en Sociología, graduada de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (Argentina). Especialista en Planificación y Gestión de Políticas Sociales y Magister en Políticas Sociales de la misma Facultad. Becaria de Doctorado del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas -CONICET- (2013–2018). Miembro del Equipo Interdisciplinario Derechos Sociales y Políticas Públicas; UBACyT “Brechas de Bienestar y Marginaciones Sociales en Argentina” (20620130100013BA). Auxiliar docente en Sociología Política, en la carrera de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA). Investigadora Adscripta del Instituto de Investigaciones Jurídicas y Sociales “Ambrosio L. Gioja”.  
E- mail [mora@straschnoy.com](mailto:mora@straschnoy.com)

en el acceso a las mismas. Por el otro, se indagará sobre cómo estas políticas reactualizan las relaciones entre los actores involucrados, en base a miradas preexistentes.

Las entrevistas se realizaron en el primer nivel de atención y hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de un partido de la Provincia de Buenos Aires. En todos los casos se hará alusión a los entrevistados con pronombre femenino más allá de su género.

El trabajo de campo consistió en 16 visitas a instituciones sanitarias. Nueve en la Ciudad de Buenos Aires y 7 en la Provincia. Generalmente en cada visita se entrevistaba a más de un profesional y en algunas ocasiones se entrevistó al mismo profesional en más de una visita.

Finalmente, interesa introducir el concepto de burocracia sanitaria (BS) que atraviesa la presente ponencia. El mismo se inspira en Michel Lipsky quien acuñó la nominación burocracia a nivel callejero para aludir a los “servidores públicos que interactúan directamente con los ciudadanos en el curso de su trabajo, y que gozan de considerable discrecionalidad en su ejecución (...)” (1980: 780). Siguiendo al autor estos actores corporizan al Estado y sus políticas. La forma en que los burócratas ejerzan la autoridad estatal y operen sobre los márgenes de discrecionalidad de las políticas, las modulará y determinará el acceso y/o permanencia a las mismas: “...al aplicar una política, los burócratas de nivel callejero toman decisiones sobre personas que afectan sus oportunidades de vida” (Lipsky, 1980: 789).

El concepto resulta productivo para pensar las prácticas de médicas y Lic. en obstetricia en relación a la AE y las embarazadas, por ello aquí a éstas profesionales se las denominará como burócratas sanitarias.

### **¿En qué consiste la articulación entre la Asignación por Embarazo para Protección Social y al Programa Sumar?**

En el año 2011 a través del Decreto 446/11 se creó la Asignación por Embarazo para Protección Social (AE), destinada a mujeres en dicho estado -desde el tercer mes hasta el nacimiento o interrupción del embarazo- que son consideradas como “vulnerables” por encontrarse desocupadas o trabajando bajo un régimen informal por un salario menor al mínimo vital y móvil (\$6.810).

La AE consiste en una prestación no contributiva del régimen de Asignaciones Familiares (AAFF) de la Seguridad Social administrado por la ANSES (Ley 24714). El tercer subcomponente no contributivo se inaugura con la creación de la Asignación Universal por Hijo para Protección Social (AUH) en 2009. La creación de la AE tres años después y de la “Ayuda escolar” hace un año pueden leerse como parte de un movimiento gradual destinado a equiparar el régimen no contributivo de AAFF con el contributivo.

Lo que en mayor medida diferencia las prestaciones de uno y otro régimen, es la presencia de condicionalidades exclusivamente en el régimen no contributivo.

Las condicionalidades constituyen la exigencia, como requisito para mantener una transferencia de ingresos, impuesta a los adultos para que los niños, niñas y adolescentes que están a su cargo asistan a servicios de salud y educación, y para que las embarazadas realicen el control periódico de su estado. Tal exigencia se fundamenta sobre el supuesto de una falla de esas familias o personas que ameritaría una tutela especial por parte del Estado.<sup>3</sup>

En términos del decreto de creación, las condicionalidades de la AE consisten en:

*Durante el período correspondiente entre la DECIMO SEGUNDA y la última semana de gestación, se liquidará una suma igual al OCHENTA POR CIENTO (80%) del monto previsto en el primer párrafo, la que se abonará mensualmente a las titulares a través del sistema de pago de la ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES). El VEINTE POR CIENTO (20%) restante será abonado una vez finalizado el embarazo y en un solo pago, a través del mismo sistema que se utilice para la liquidación mensual de esta asignación, en la medida que se hubieran cumplido los controles médicos de seguimiento previstos en el "Plan Nacer" del MINISTERIO DE SALUD.*

*La falta de acreditación producirá la pérdida del derecho al cobro del VEINTE POR CIENTO (20%) reservado (Art. 5, Decreto 446/11).*

Las embarazadas cobrarán a partir del tercer mes \$882,4 que representa el 80% de los \$1.103 totales de la prestación. Con posterioridad al parto, o finalización del embarazo, la certificación del control integral durante el embarazo da lugar a percibir el 20% acumulado.

La normativa citada hace alusión al “Plan Nacer” ya que constituye el antecedente del Programa SUMAR. El Nacer consistía en un programa federal del Ministerio de Salud

---

<sup>3</sup> Para un análisis del surgimiento y desarrollo de las condicionalidades en Argentina, y de los actores intervinientes y los usos dados al instrumento ver: Straschnoy, 2015<sup>a</sup> y Straschnoy, 2015<sup>b</sup>

de la Nación que invertía recursos para mejorar la cobertura de salud y la calidad de atención de las mujeres embarazadas, puérperas (hasta 45 días después del parto) y de los niños y niñas menores de 6 años que carecen de cobertura explícita.

En 2012 se amplía el Plan Nacer y pasa a llamarse Programa SUMAR. El Programa SUMAR incorpora a los niños, niñas y adolescentes de 6 a 19 años y a las mujeres hasta los 64 años.

La nación realiza transferencias financieras a las provincias en forma de cápitas (en función de la cantidad de inscriptos que reúnan los criterios de elegibilidad) cubriendo una parte del costo del paquete de prestaciones y prácticas básicas. Las transferencias se efectúan en base al reclutamiento y a los resultados alcanzados: i) el 60% se desembolsa mensualmente luego del envío por parte de la provincia del registro de receptores y persigue el objetivo de incentivar la identificación de la población objetivo; y ii) el 40% se desembolsa cuatrimestralmente luego de verificar el logro de las metas de producción.

Los prestadores públicos pueden utilizar hasta el 50% de lo cobrado para estímulos al personal mientras que el resto lo pueden gastar en insumos, equipamiento e inversiones a criterio del prestador (Porto, et. al., 2006). Esos ingresos son adicionales a los que los prestadores reciben en su presupuesto histórico y son pensados para cubrir las brechas de cobertura efectiva identificadas

El diseño del SUMAR supone que como las transferencias se establecen condicionadas por la cantidad de inscriptos y el cumplimiento de metas ambos condicionantes funcionen como incentivos sobre la burocracia sanitaria para que se comporten en forma consistente con la estrategia sanitaria establecida.

*la condicionalidad establecida sobre una parte de los fondos a transferir al cumplimiento de metas sanitarias introduce incentivos no sólo para captar beneficiarios sino también para cumplir con protocolos y guías de atención que se asocian con mejores procesos y resultados de salud (MS, 2014: 20).*

En síntesis la AE busca incentivar a sus receptoras para que realicen el “control integral”<sup>4</sup> del embarazo, mientras que el Programa SUMAR tiene por objeto incentivar a las instituciones sanitarias y a su burocracia para que lo controlen. En el diseño ambas políticas, se complementan cerrando un círculo virtuoso ¿Qué pasa en la práctica?

---

<sup>4</sup> Qué supone conceptualmente en la práctica las prestaciones que se detallan en el “rubro 4” del documento del anexo.

## **La Asignación por Embarazo como “horror”, “oportunidad” y “gancho”**

La AE aparece en los relatos de las burócratas sanitarias vista de forma ambivalente: como horror y como oportunidad. En ocasiones, en la misma entrevista aparecen estas dos imágenes una al lado de la otra. En otras sólo uno de los dos polos.

Se pone en cuestión que las embarazadas cuiden su embarazo como resultado de un incentivo económico (motivos espurios) y no por razones altruistas. El propio diseño de la AE, ayudada por las prenociones de la burocracia sanitaria sobre las pacientes, construye esa mirada.

El pedido de firma de la planilla de ANSES es leído como la demostración del interés económico de las pacientes sobre su embarazo:

*Vienen nada más para que le llenes el papel de la asignación. Hay pacientes del alto riesgo que dejan de venir (Hospital, Ciudad de Buenos Aires, 21/09/2016).*

*Lo otro que veo es que vienen: “hola, me pueden llenar la planilla”. Y viene con la planilla con el único objetivo que le complete la planilla.... No vienen a decirte “hola vengo a controlarme el embarazo” y después me lo piden, no es parte del proceso, es la única finalidad (CESAC, Ciudad de Buenos Aires, 21/09/2016)..*

La mirada de la burocracia sanitaria no es homogénea, no sólo entre instituciones, sino que al interior de los mismos grupos de trabajo. En términos generales se observa que las obstétricas y Lic. en obstetricia tienen una mirada más empática con las pacientes que las médicas. Esto probablemente se explique, por un lado, por el tipo de formación que cada especialidad recibe: las primeras más relacionada a mirar la mujer de forma íntegra, mientras que las segundas suelen tener una mirada más biologicista. A su vez, las obstétricas y Lic. en obstetricia tienen un trato más cotidiano con las embarazadas que le permite escucharlas, conocerlas, aprender sobre sus dificultades en relación al sistema sanitario y su vida más en general.

En una entrevista mantenida en la sala de descanso del personal sanitario del centro obstétrico de un hospital de la Provincia de Buenos Aires surgía la siguiente conversación:

**Médica:** *¿Vos te das cuenta que es terrible? Que la mujer vaya y haga 5 controles para cobrar 1500\$. No porque quiere tener un hijo sano. Eso es lo que a mi me parece terrible. Yo creo que estos planes no sirven. La concientización de la gente y el control de niño sano, porque después pasa lo mismo, es por qué es una obligación. Y no tiene que ser así. Igual es difícil, yo hacía talleres para concientizar sobre esto y la gente... [dando a entender que no le importaba] no sé por donde pasa. Yo creo que la gente no le hace los controles porque no le importa*

**Obstétrica:** Igual hay muchas cosas: las trabas administrativas, sacar el turno, falta de pediatras... (Prov. de Buenos Aires, 26/04/2016).

Una situación similar en otros términos se da en un hospital de la CABA:

La médica encargada del PS comenta que hay una política histórica del Hospital XXX de tratar bien a las pacientes. Pero que esto no se cumple de igual forma en todas las áreas. Especialmente en ginecología y obstetricia. En su opinión algunos de los médicos de esas áreas ven a las pacientes como “negras de mierda que se embarazan para cobrar el plan” y es imposible que eso no se vea y se sienta en la consulta. Muchos médicos ven a la AE como una política “para alimentar vagos” (Nota de campo, CABA, 09/05/2016)

La variable de la distancia –física y simbólica- como determinante del nivel de empatía no es excluyente del sistema sanitario. Luisina Perelmiter marca una dinámica similar en relación entre la *burocracia plebeya* del Ministerio de Desarrollo Social y los asistidos: “Es decir: a mayor jerarquía, menor anclaje territorial, menor conocimiento sensorial y, por tanto, menor sensibilidad. A la inversa: a menor jerarquía, mayor anclaje territorial, mayor conocimiento sensorial y, por tanto, mayor sensibilidad” (Perelmiter, 2011: 227).

En algunos casos la AE pasa de ser percibida como un “horror” a se entendida como una “oportunidad”, cuando media por parte de la BS, un proceso reflexivo sobre las condiciones de vida de las pacientes y sus dificultades materiales y simbólicas:

*Yo cuando empezó, lo primero que pensé fue: “que horror esto”. Que haya que estar pagándole a la gente para que haga lo que corresponde. Porque pensas, “cómo puede ser que no se encarguen de su embarazo”. Después cuando ves las condiciones en las que viven la mayoría de las mujeres que vemos acá decís, “Bueno al menos lograste que venga acá y se controle, 2 o 3 controles. Se haga 1 estudio de sangre y se haga 1 ecografía. Tenemos 80% de población boliviana. Que esta acostumbrada en su país a no atenderse el embarazo. Y les preguntas dónde tuvieron sus partos y te dicen en casa. Y decís, ¿por qué este es el primero que se controlan en una institución? Es lo primero que te preguntan. Y cuando saca el papelito de la*

*ANSES: Entendes por qué. **Por ahí es también una forma de acercarlas...** A veces decís “que bueno que por lo menos la planilla de la ANSES la trajo acá”. Y después a veces se enganchan en el control. **Entonces a veces esa es la oportunidad de que venga al control** (Obstétricas, CABA, 30/06/2016).*

*primero pensábamos que era para vagos –se refiere a la AE-, pero si acerca a las madres y mejora el hospital esta bueno (BS, CABA, 09/05/2016).*

Durante el trabajo de campo se detectó una tercera forma de entender a la AE: como un “gancho” para asegurar el control sostenido del embarazo. Esta forma de concebir la asignación se encuentra en BS que tienen una mirada negativa sobre la política y/o las pacientes receptores.

*La odio fervientemente [se refiere a la AE], así te lo digo. Me parece que no cumple la finalidad que debería cumplir. La paciente aunque no se haga el control de embarazo la cobra.... **La uso como un gancho** “flaca controlate un poco y te la voy a hacer” [se refiere a completarle la planilla de ANSES certificando el estado de embarazo]. Yo después no se si se van a seguir controlando (CESAC CABA, 21/09/2016).*

La estrategia de las BS que conciben a la AE como gancho consiste en cada consulta decirle a la embarazada que lleva el formulario de la ANSES que se lo va a completar en la próxima consulta. Las profesionales entienden que no completar la planilla es lo que le asegura que la embarazada vuelva al control.

Como se observa la forma en que los BS ejercen la autoridad estatal y operan sobre los márgenes de discrecionalidad de las políticas las modula y determinará el acceso y/o permanencia a las mismas. Lo que se observa es que “con buenas intenciones”, pero en base a una mirada estigmatizante sobre la embarazadas que quieren tramitar la AE, la BS demora discrecionalmente la posibilidad de inscripción a la prestación.

La experiencia sanitaria y la inscripción a la AE dependerá aleatoriamente de si la embarazada es atendida por una BS que comprende a la AE como oportunidad, y en consecuencia le brinda la mejor atención que considera para acercarla al sistema de salud, o por una BS que la concibe como un gancho, y en consecuencia demora la inscripción a la AE como forma de garantizar la continuidad del control.

## **El Programa SUMAR: la teoría de la participación en entredicho**

Como se adelantó el PS hace especial énfasis en el empoderamiento de los establecimientos de salud, como forma promover el cambio y la mejora en la gestión de la salud pública, a partir de que el gasto de los fondos obtenidos por desempeño sea definido por los recursos humanos en base a distintos modelos participativos (MS, 2013). Es decir que, el personal sanitario participaría y decidiría sobre los recursos generados a través del PS y esto produciría incentivos. El programa se basa en una mirada sobre la participación y decisión como puro virtuosismo desproblematicado.

Sin embargo los hallazgos del trabajo de campo están lejos de los supuestos teóricos del PS. Como comenta una obstétrica: “Los dijeron en el papel”. A lo largo de las entrevistas, lo que se observó es un escaso conocimiento de la BS sobre el Programa, lo que se compró con él y un bajo nivel de consulta a ésta sobre el destino de los fondos.

La jefa de obstétricas de un hospital de la CABA reflexionaba sobre el PS ante las preguntas de la investigadora:

“Los médicos no ven nada, no es un incentivo. No lo ven. ..Los médicos tenemos recursos y no vemos tanto lo del PS. No se ve, no se informa” En relación a en qué se gasta la plata del PS comenta que eso “lo decide la directora, nadie lo sabe” (Nota de campo, CABA, 09/05/2016).

“La decisión de los fondos es del director”. Ni ellas ni el resto de la BS saben qué se compró con el Sumar. “No dan explicaciones” (Notas de campo, administrativas encargadas del SUMAR, Provincia de Buenos Aires, 02/09/2016).

La situación descripta se repite en las entrevistas realizadas en hospitales tanto de Ciudad de Buenos Aires como de Provincia. Sin embargo, en el primer nivel de atención sí se han encontrado diferencias entre jurisdicciones. En la CABA hasta el momento<sup>5</sup> los CESCAs dependen de los hospitales a cargo de la región sanitaria. En consecuencia lo que es facturado por los CESACs es administrado por el hospital que decide sobre el uso de los fondos. Según surge de las entrevistas a los directores de los CESACs, lo que ellos facturaban no les volvía. Esto llevo en algunos casos a que se deje de facturar de forma permanente, y en otros por un periodo corto de tiempo:

---

<sup>5</sup> Se está llevando a cabo un cambio en la organización del primer nivel de atención en la CABA.



“Muchas veces no vemos nada”. Le consulto si eso los ha hecho dejar de facturar, me comenta que: “Al principio llegaron cosas, después se priorizaron otras eras y entonces se dejó de facturar por unos meses. Después nos dijeron que iban a poner recursos acá y volvimos a facturar. Pero llega poco” (Nota de campo, Directora CESAC, 02/09/2016).

Sobre el funcionamiento del Nacer /SUMAR cuenta que: con anterioridad al 2012 funcionaba el Nacer en el sentido que se completaban las planillas. Pero luego al CESAC no llegaron insumos en consonancia con lo que se había facturado y se dejaron de acreditar las prácticas para el SUMAR. Comenta que en el CESAC se realizan: “Mucho control de niño sano y embarazo que son prácticas que se podrían facturar, pero es un trabajo extra al que ya los administrativos tienen y hasta que no haya una garantía de que van a haber ingresos el trabajo de carga no se va a realizar” (Directora CESAC, 31/08/2016).

En cambio en los casos analizados de la Provincia, los recursos eran visualizados por el primer nivel de atención. En todo caso existían quejas respecto de que no recibían lo que pedían. Pero más allá de este punto, el hecho de que cada salita recibía de acuerdo a su facturación era visto como justo, en la medida de que entendían que quienes más trabajaban recibían más.

Ella dice que la salita factura mucha plata por el SUMAR, y que lo que facturan ellos se queda para ellos. Destaca, en comparación al hospital, que lo que ellos facturan va para su sala y no para otra. En el XXX [nombre del hospital], lo que ellos factura puede ir a cualquier área (Nota de campo, entrevista a obstétrica de la Prov. Buenos Aires, 06/05/2016).

Esta mirada debe ser comprendida en el marco de que existe entre la BS un manto de sospecha sobre la cantidad de horas que trabajan las colegas, generalmente de otras instituciones:

*Yo acá las atiendo sin turno. Vienen se anotan. Atiendo a todas. Y estoy dentro de mi horario y me voy. Pero hay muchas salas. La mayoría, que dan 7, 8, 10 turnos y se van a la miércoles. Y es por eso que quedan embarazadas sin controlar. El problema es de más abajo...Lo que pasa es que no quieren trabajar* (Obstétrica, Prov. Buenos Aires, 10/06/2016).

En los hospitales, la falta de información sobre el destino de los fondos del PS suscita sospechas y desconfianza de la BS hacia sus superiores:

*Otra cosa es la plata que viene desde el Ministerio [en relación a la del PS] desde que empezó no la pudimos ver. Acá la administra el director. La plata se usa para lo que él que maneja la unidad sanitaria quiere. Acá yo no la veo. No sé dónde va la palta. **No sé que hace el director con esa plata. Nosotros los papeles los hacemos.** Nosotros acá tuvimos que entre todos comprar la mesa [la de sala de*

médicos] y un colegio nos donó las sillas (Obstétrica Prov. de Buenos Aires, 26/04/2016).

Las sospechas de la burocracia sobre los directivos, se recrea a la inversa por parte de las directoras hacia la BS; y explica en parte la falta de información con la que cuentan los trabajadores de la salud sobre el destino de los fondos del Sumar. Ante la pregunta a una directiva de un hospital de la Provincia de Buenos Aires sobre si el personal participa de la decisión sobre el uso de los fondos surge la siguiente respuesta:

*No deberían, es un tema contable. No hay decisión consensuada y participativa...El problema es que cada uno va a querer que se utilice para su área. Y las prioridades del área no son necesariamente las del hospital. Los médicos se fijan en su persona y no en lo que necesita el hospital... El cirujano por ahí te pide una tele... Y si nosotros podemos se la damos porque es importante para que trabaje más contento, pero en general hay otras necesidades ...A los jefes se les pregunta.. Se hace un relevamiento...Las decisiones se priorizan ...En la mesa chica se decide... Se intenta elegir una prioridad de cada área por vez, no dejar un servicio de lado. La otra vez se rompió la calefacción central y compramos unos paneles para neonatología. Probablemente los de administración también tenían frío. Pero ellos se pueden abrigar, un bebe si tiene frío se muere. Y después los de administración se quejan y dicen “¿nosotros no somos personas?” Pero no es la misma situación. Hay prioridades (Directiva hospital Provincia de Buenos Aires, 25/08/16).*

El diseño del PS parte de una perspectiva virtuosa de la participación que no es necesariamente compartida por quienes deberían ponerla en práctica en cada unidad sanitaria. En un contexto de recursos escasos, el presupuesto del PS aparece como un botín de disputa entre la burocracia sanitaria y los pacientes, que no tienen conocimiento sobre la cuestión, pero cuyos potenciales intereses son representados por los directivos del hospital según la visión de ellos mismos. Parte de la tensión se explica porque el diseño del PS tiende a crear la ilusión de que el profesional de la salud es quien está generando los recursos, y en consecuencia propicia la interpretación de que le pertenecen y deberían estar destinados a mejorar sus propias condiciones de trabajo.

## **Conclusiones**

A continuación se presentan las conclusiones preliminares de lo aquí trabajado.

Como se observa tanto la AE y el PS reactualizan tensiones preexistentes entre la BS, las directivas y las pacientes. En relación a la AE, como se observó la mirada de la BS sobre la política y las embarazadas que aspiran a ser receptoras, determinará no sólo la atención (calidad y trato) sino que también la posibilidad de gestionar la AE y los

tiempos para hacerlo. Del trabajo de campo surge que la BS no constituye un grupo homogéneo y, en consecuencia, no necesariamente todos los agentes corporizan de igual forma a las políticas. Las diferencias son dependientes -siguiendo a Luisina Perelmiter (2015)- de sus perspectivas, sus pertenencias profesionales y/o políticas, o, simplemente, a sus estilos personales de trabajo.

Si bien, como se señaló, la AE no crea la mirada estigmatizante sobre las embarazadas “vulnerables”, su diseño la reactualiza. Esta reactualización se da en dos niveles, pero ambos refieren a los sentidos construidos. El primero alude a la apropiación por parte de la BS de la mirada de la AE sobre sus receptoras. Como se presentó anteriormente, las políticas con condicionalidades se basan en un supuesto sobre las fallas de las familias que harían necesaria una mayor tutela del Estado. De forma que las prenociones que la BS ya tenía sobre sus pacientes se ven reforzadas y legitimadas por las implicancias que connota el diseño de la política. Un segundo nivel se relaciona con los sentidos que la AE ayuda a construir cuando es puesta en acto por la BS y las embarazadas. En relación a la BS, el rol que la AE asigna a ésta, quienes tienen la responsabilidad de inscribir y certificar las condicionalidades, sumado a la mirada de estos actores sobre sí mismos como emprendedores morales, refuerza su autopercepción como agentes legítimos de control. El punto extremo reside en la reinterpretación que realizan algunas BS de la AE como “gancho”, lo que las lleva a demorar el acceso de las embarazadas a su derecho. En relación a las embarazadas, el hecho de que el diseño de la política implique que estas deban solicitarle a la BS que completen la planilla de la ANSES, y la forma de hacerlo, es interpretado por estos agentes como un interés puramente económico de las embarazadas sobre su salud pero, fundamentalmente, sobre el futuro bebé, y brinda argumentos a la BS para reforzar sus prenociones.

En relación al Programa SUMAR, lo aquí expuesto puso en evidencia que el proceso participativo que el mismo prevé para la distribución de los recursos no suele darse. Por el contrario, generalmente, la BS y el primer nivel de atención no sólo no decide sobre el destino de los fondos, sino que además lo desconoce. En consecuencia se crea un manto de sospecha de la BS hacia las directoras, lo cual en ocasiones genera, no que se dejen de realizar las prácticas, pero sí de rendirse para el programa.

De las entrevistas a las directivas de los hospitales surge que, en gran medida, la falta de consulta y difusión de la información se basa en que éstas no comparten los supuestos virtuosos sobre la democracia participativa que atraviesan al Sumar.

Como se observa tanto la AE como el PS parten del supuesto de que el incentivo material llevará a embarazadas y BS a realizar prácticas que de otra forma no harían suficientemente. Ambas políticas carecen de un diagnóstico acabado sobre cuáles son las razones de por qué no se realizan en cantidad y calidad dichas prácticas, en qué condiciones esto no sucede, si el incentivo material es una forma de lograrlo y si es la mejor estrategia.

Del breve trabajo de campo compartido surgen dos conclusiones preliminares. En el caso del SUMAR, éste no está funcionando como incentivo ya que la BS no participa de la decisión sobre su gasto, ni tiene conocimiento sobre el destino del uso de los fondos. Esto último si bien no afecta a la realización de las prácticas que ya se realizan, sí tiene efectos respecto de su acreditación y sensibiliza el vínculo entre BS y directivos, ya que refuerza el manto de sospechas.

En el caso de la AE surge de las entrevistas a la burocracia sanitaria que, la existencia del incentivo económico sobre las embarazadas para que se controlen, condiciona la atención de la BS sobre ellas. Como bien explica una BS sobre sus colegas: que algunos profesionales vean a las embarazadas como *“negras de mierda que se embarazan para cobrar el plan”* es imposible que eso no se vea y se sienta en la consulta.

Queda para un trabajo futuro conocer cómo las embarazadas interpretan la AE, sus condicionalidades y el trato que reciben por parte de la BS.

## **Anexo**

Declaración Jurada de Datos Consignados

Si Consigna "No". Presenta Inscripción al Plan Nacer ☐

Solo cumplimentar en el caso de que el Titular sea Menor de 18 Años

### Aclaración de Firma

## Firma y Sello del Profesional Certificante

## Firma y Sello del Profesional Certificante

Fecha y Sello de Recepción

## Solicitud Asignación por Embarazo para Protección Social

Trámite N°

Fecha y Sello de Recepción

### Constancia de Recepción

Form. PS2.67 (Dorso)

### Instrucciones para la Cumplimentación

#### Rubro 1 - Datos de la Titular

En este rubro se deberán consignar los datos de la mujer embarazada y si cuenta o no con cobertura de obra social.

En caso de que se consigne que posee cobertura de obra social, sólo podrá solicitar esta Asignación en la medida que su situación sea Monotributo Social, Servicio Doméstico o Trabajo de Temporada.

Documentación a Presentar: (en caso de no poseer cobertura de Obra Social):

- Constancia de Inscripción de la Titular al Plan Nacer (debiendo el operador de ANSES cumplimentar con una tilde el campo correspondiente).

#### Rubro 2 - Constancia Médica para la Solicitud de la Asignación por Embarazo

En este rubro el profesional certificante deberá cumplimentar los campos y acreditar que la Titular se encuentra embarazada.

El tiempo de gestación consignado por el profesional certificante no podrá ser inferior a 12 semanas ni superior a 42 semanas.

#### Rubro 3 - Acreditación de Requisitos Médicos del Embarazo

Una vez finalizado el estado de embarazo, en este rubro el profesional certificante deberá consignar si se produjo el nacimiento y/o fallecimiento del niño ó la interrupción del embarazo y la fecha en la que sucedió lo indicado.

El profesional certificante deberá consignar con una tilde que a la titular se le efectuó el Control Integral del Embarazo.

Documentación a Presentar:

En caso de Nacimiento:

- Original y copia de la Partida o del Certificado de Nacimiento

- Constancia de Inscripción del recién nacido al Plan Nacer (debiendo el operador de ANSES cumplimentar con una tilde el campo correspondiente)

- Original y copia del Documento Nacional de Identidad del recién nacido (opcional)

en Caso de Fallecimiento:

- Original y copia del Certificado de Defunción

En caso de Interrupción del Embarazo:

- La cumplimentación de este rubro es requisito suficiente para su acreditación

#### Rubro 4 - Recepción

El operador de ANSES deberá firmar, fechar y sellar la recepción del formulario.

#### Información Importante

Profesional Certificante:

En caso de Nacimiento un médico (ginecólogo, generalista, de familia) y/u obstétrica deberá acreditar el cumplimiento del control integral del embarazo. En caso de Interrupción del Embarazo o Fallecimiento del recién nacido deberá ser acreditado por un profesional médico.

"El Control Integral del Embarazo" debe incluir al menos las siguientes prestaciones:

- Carnet Perinatal: guía que debe utilizar la embarazada para constatar el control y cuidado de su embarazo el que le será entregado por el profesional médico u obstétrico.

- Calendario de controles prenatales completos: 5 controles prenatales con intervalos de al menos 1 mes.

- Consejería integral en salud sexual y en el cuidado de la salud y la de su hijo/a.

- 2 ecografías.

- En el segundo y anteúltimo control prenatal: datos de serología (VDRL, Hepatitis B, HIV, Chagas y Toxoplasmosis) y Hematocrito y Hemoglobina (anemia).

El Esquema de Vacunación en el embarazo incluye:

- Vacuna antigripal: deberá darse a todas las embarazadas en cualquier trimestre de gestación.

- Doble Adulto: de no contar con el esquema completo, o sea, si no se tiene una dosis registrada en los últimos 10 años, se debe dar una dosis.

El Esquema de Vacunación en el puerperio incluye:

- Vacuna antigripal: si no la recibió en el embarazo.

- Doble adulto: de no contar con el esquema completo, o sea, si no se tiene una dosis registrada en los últimos 10 años, se debe dar una dosis.

- Doble Viral o Triple Viral (en el post-parto): si no tiene registro de al menos 2 dosis de la vacuna después del año de edad o una dosis en la última campaña, deberá darse cualquiera de estas vacunas.

El Esquema de Vacunación para el Recién Nacido incluye:

- BCG antes del alta de la maternidad.

- Hepatitis B antes de las 12 horas de vida.

ESTE FORMULARIO REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, DEBE SER CUMPLIMENTADO EN LETRA IMPRENTA SIN OMITIR, ENMENDAR NI FALSEAR NINGÚN DATO, SUJETANDO A LOS INFRACTORES A LAS PENALIDADES PREVISTAS EN LOS ARTS. 172, 292, 293 Y 298 DEL CÓDIGO PENAL PARA LOS DELITOS DE ESTAFA Y FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PÚBLICO.

EL PAGO DE LA ASIGNACIÓN POR EMBARAZO PARA PROTECCIÓN SOCIAL SOLICITADA QUEDA CONDICIONADO AL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LAS NORMAS VIGENTES Y SIEMPRE QUE NO EXCEDAN DE 6 (SEIS) MENSUALIDADES.

ESTE FORMULARIO REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, DEBE SER CUMPLIMENTADO EN LETRA IMPRENTA SIN OMITIR, ENMENDAR NI FALSEAR NINGÚN DATO, SUJETANDO A LOS INFRACTORES A LAS PENALIDADES PREVISTAS EN LOS ARTS. 172, 292, 293 Y 298 DEL CÓDIGO PENAL PARA LOS DELITOS DE ESTAFA Y FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PÚBLICO.

EL PAGO DE LA ASIGNACIÓN POR EMBARAZO PARA PROTECCIÓN SOCIAL SOLICITADA QUEDA CONDICIONADO AL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LAS NORMAS VIGENTES Y SIEMPRE QUE NO EXCEDAN DE 6 (SEIS) MENSUALIDADES.

## **Bibliografía**

LIPSKY, Michael (1980). *Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the individual in Public Services*. United States: Russell Sage Foundation.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2013), “Evaluación de la Motivación de los equipos de salud con la estrategia de gerenciamiento propuesto por el Plan Nacer: Análisis del desempeño del Modelo Innovador de Inversión de Fondos por los propios establecimientos en el marco del Plan Nacer: Documentos de Divulgación de resultados 2013”, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Programa SUMAR Universidad I-Salud, Consultoría I Gestión y Analogías.

PERELMITER, Luisina (2011), “La burocracia asistencial en funcionamiento. Relaciones y prácticas en la vida íntima del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación Argentina (2003-2009)”, *Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales (UBA)*, mimeo.

PORTO, Alberto; VALLE, Walter y PERAZZO, Alfredo (2006), *Las transferencias intergubernamentales del Plan Nacer como un cambio en el sistema de gestión*, Buenos Aires, Mimeo.